

病人登记表格

姓氏 _____ 名字 _____ 中间名 _____ 常用名 _____

出生日期 ____ / ____ / ____ 性别 男 女 社安号# _____

家居电话(____) _____ 手提电话(____) _____ 工作电话(____) _____

电邮地址 _____ 我希望收到信息透过 简讯 电邮

家居地址 _____ 城市 _____ 州份 _____ 邮政号码 _____

在职企业 _____ 职业 _____

工作地址 _____ 城市 _____ 州份 _____ 邮政号码 _____

转介的牙科诊所或医师 _____ 电话(____) _____

紧急联络人姓名 _____ 关系 _____ 紧急联络电话(____) _____

家庭医生姓名 _____ 家庭医生电话(____) _____

有牙科保险吗? 有 没有**自付** 现金 Care Credit 医疗贷款 信用卡(Visa/Mastercard)主要牙科保险

投保人姓名 _____

您与投保人的关系是

 自己 配偶 子女 其他,请注明 _____

投保人出生日期 ____ / ____ / ____

保险公司 _____ 组别# _____

投保人保险编号 _____

投保人社安号 _____

次要牙科保险

投保人姓名 _____

您与投保人的关系是

 自己 配偶 子女 其他,请注明 _____

投保人出生日期 ____ / ____ / ____

保险公司 _____ 组别# _____

投保人保险编号 _____

投保人社安号 _____

保险政策

本诊所不能保证病人的牙科保险能成功索赔，每个索赔的申请都是由保险公司严格审查处理。牙科保险从不保证支付费用。“查实保险公司应支付的费用不等同于他们最终会付的金额，提交索赔申请后保险公司才会受理。”我们只能透过保险公司的网站，传真和客服人员提供的信息，协助病人估算他们需支付的费用。我明白牙科诊所对保险公司如何处理该索赔或他们为该索赔支付的费用概不负责，无论保险公司是否批核该索赔，我都会对所有费用承担财务责任。我特此授权诊所能发出所有必要的信息，以确保能进行索赔申请。我授权在我所有的保险单上使用此签名，无论是纸上的还是电子的。

病人签署 _____

日期 _____

财务协议

我明白所有款项应在疗程当天付清，除非有任何变动。我将会对所有费用承担财务责任。

病人签署 _____

日期 _____

醫療記錄

口腔問題與身體狀況息息相關，為了更好地為您安排療程，請回答以下問題。謝謝您的配合！

您現在有接受醫生治療嗎？ 是 否 如果是，請解釋
您之前有住院或曾接受重大手術嗎？ 是 否 如果是，請解釋
您之前頭部或頸部有受過嚴重創傷嗎？ 是 否 如果是，請解釋
您現在有在服用任何藥物嗎？ 是 否 如果是，請解釋
您正在服用，或曾服用過減肥藥Phen-Fen or Redux嗎？ 是 否
您正在減肥嗎？ 是 否
您抽煙嗎？ 是 否
您服用過違禁藥物嗎？ 是 否

女士請回答：您是否懷孕/嘗試懷孕？ 是 否 正在服用避孕藥？ 是 否 母體哺乳？ 是 否

是否對以下藥物過敏？
阿司匹林 盤尼西林 可待因 丙烯製品 金屬 乳膠 局部麻醉磺胺藥
其他

您患有，或曾出現以下狀況嗎？

Table with 4 columns: Condition, Yes, No, and another condition with Yes/No. Rows include HIV, diabetes, allergies, heart issues, etc.

您是否有任何未列出的疾病或狀況需要我們提前知悉？ 是 否 是，請解釋：

由於患有心臟雜音、二尖瓣下垂或安裝義肢或其他人工假體，您是否需要在療程前使用抗生素？ 是 否

依據我了解，我已準確回答以上問題。我明白若未正確提供信息，恐會對治療產生影響。若我的健康狀況或服用藥物有任何變動，我會提前知會醫生。

病人/監護人簽字： 日期：

診療同意書：

本人在此授權此診所醫生對此病人使用麻醉、鎮痛藥、鎮靜劑、笑氣、靜脈鎮靜等方法，及醫生建議所需的方式治療。

病人/監護人簽字： 日期：